

## APENDAGITIS : ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

Dra. Carla Blanco Pino<sup>1</sup> / Dra. Dolores Soffiantini<sup>1</sup> / Dr. Francisco José Esteban Fuentes<sup>2</sup> /

Dr. Ivan Ulises Fernandez-Bedoya Koron<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>3</sup> FEA del Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### RESUMEN

La apendicitis epiploica es una entidad infrecuente que se produce por la torsión o trombosis del drenaje venoso de un apéndice epiploico o secundaria a la inflamación de una estructura abdominal.

Clínicamente simula un cuadro de abdomen agudo. La técnica diagnóstica de elección es la TC. Se resuelve espontáneamente en 1-2 semanas con tratamiento conservador.

### PALABRAS CLAVE

apendicitis epiploica, apendagitis, dolor abdominal

### ABSTRACT

Epiploic appendicitis is a rare entity that is produced by torsion or thrombosis of venous drainage of an epiploic appendix or secondary inflammation of an abdominal structure.

Clinically it simulates an acute abdomen. The technique of choice is diagnosed TC. It resolves spontaneously within 1-2 weeks with symptomatic treatment.

### KEYWORDS

epiploic appendicitis, appendagitis, abdominal pain.

### INTRODUCCIÓN

La apendagitis o apendicitis epiploica aguda es un proceso poco frecuente y autolimitado. Se produce por la torsión o trombosis del pedículo vascular de un apéndice epiploico que produce un infarto hemorrágico.

El diagnóstico se realiza por técnicas de imagen, ya que el clínico es difícil debido a que no existen signos patognomónicos. El dolor se presenta de manera brusca localizado más frecuentemente en fosa iliaca izquierda simulando un cuadro de abdomen agudo, por lo que debemos hacer el diagnóstico diferencial con distintas entidades que cursan con similares características.

Las pruebas complementarias frecuentemente utilizadas en el dolor abdominal son la ecografía y la TC. La TC es considerada la técnica de elección para esta entidad describiéndola como una masa

en contacto con la superficie serosa del colon adyacente y con índices de atenuación semejantes a la grasa.

La apendicitis epiploica por lo general se resuelve en aproximadamente una semana y requiere únicamente tratamiento sintomático con analgésicos. En numerosas ocasiones al paciente se le interviene quirúrgicamente ya que puede simular otros cuadros de abdomen agudo, como puede ser una apendicitis o diverticulitis.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal. Como antecedentes quirúrgicos cabe destacar una apendicectomía y una colecistectomía con reintervención por hemoperitoneo.

Refiere dolor abdominal en fosa iliaca izquierda irradiado a zona lumbar izquierda desde hace 3 días intermitente, que empeora con el decúbito.

Acompañado de deposiciones de consistencia disminuida y coloración normal sin productos patológicos. No asocia síntomas vegetativos ni fiebre.

Constantes: tensión arterial 119/58, frecuencia cardiaca 74 lpm, temperatura 36.7°C.

A la inspección la paciente mantiene buen estado general, normocoloreada, normohidratada y bien perfundida.

A la palpación abdominal presenta defensa a nivel de fosa iliaca izquierda y una puño percusión renal izquierda dudosa. No hay sensación de masa ni megalias palpables.

Analíticamente la paciente únicamente presentaba una ligera elevación del PCR (13.7mg/L) y leucocitos en orina, resto de valores dentro de la normalidad.

La radiografía no aportaba ninguna imagen relevante.

Tras la administración de antiinflamatorios y analgésicos mantiene sintomatología sin mejoría. Por lo que se realizó ecografía abdominal

urgente, sin hallazgos que sugirieran patología abdominal urgente.

La paciente se mantiene en sala de observación para tratamiento analgésico y nuevo control analítico.

Es valorada nuevamente tras seis horas persistiendo igual sintomatología pese a tratamiento, por lo que se decide solicitar un TC abdomino-pélvico con contraste informándose la existencia de la inflamación de un apéndice epiploico (apendagitis) (Fig. 1 y 2).

En las imágenes; en flanco izquierdo, en la grasa paracólica, en relación con la pared anterolateral del colon descendente, se aprecia una pequeña imagen de 2 centímetros oval, densidad grasa alterada, marginada por una fina línea y rodeada de un halo mal definido de cambios inflamatorios en los tejidos grasos circundantes.

Es valorado por cirugía nuevamente por los hallazgos compatibles con apendagitis y se decide intervención quirúrgica donde se extirpa un apéndice epiploico de colon izquierdo necrosado.

Se remitió la pieza a anatomía patológica confirmándose el diagnóstico de apéndice epiploico de colon izquierdo isquémico/necrosado.

La paciente fue dada de alta tras una semana con evolución satisfactoria.

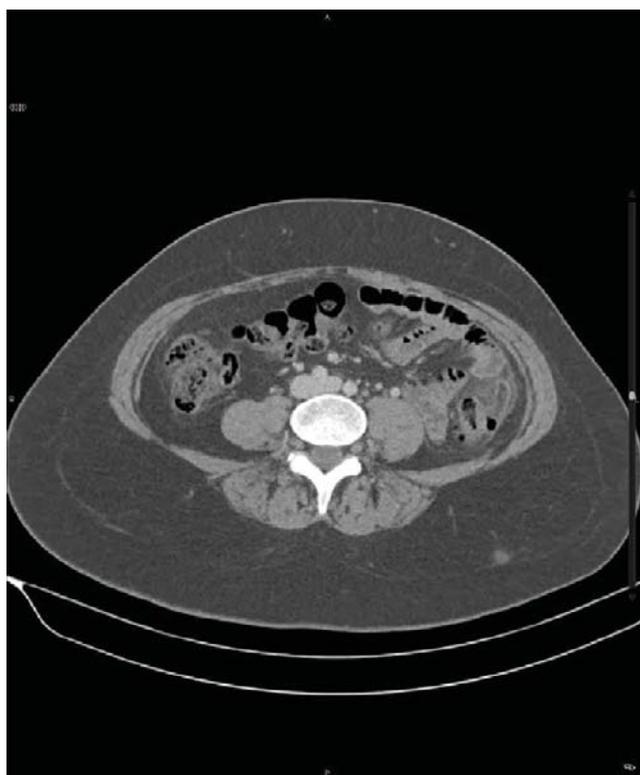


Fig. 1.



Fig. 2.

### DISCUSIÓN

Los apéndices epiploicos son prolongaciones de grasa, pediculadas en la superficie externa del colon. Se extienden desde el recto hasta la región rectosigmoidea y están cubiertos por peritoneo. Son más numerosos a nivel del colon sigmoide y están vascularizados por dos arterias y una vena<sup>3,4</sup>.

La incidencia de apendagitis se estima alrededor de 0.6 - 1,3 % casos de abdomen agudo, aunque se considera una entidad infradiagnosticada, ya que al tratarse de un proceso autolimitado, muchos de los casos pasan inadvertidos<sup>2,3</sup>.

Puede presentarse en cualquier edad, suele ser más frecuente en la 4ª-5ª década de la vida, afectando más frecuentemente a hombres<sup>1,3,5</sup>.

Como factores de riesgo se incluyen la obesidad, sedentarismo y pérdida de peso<sup>1,3</sup>.

Puede ser primaria o secundaria. Las más frecuentes son las secundarias, donde los apéndices forman un plastrón alrededor de la estructura abdominal inflamada (apendicitis, diverticulitis), para limitar su diseminación<sup>5</sup>.

La apendagitis primaria se produce por un infarto hemorrágico debido a la torsión o trombosis del drenaje venoso central del apéndice epiploico. Esto lo facilita el flujo sanguíneo limitado, la excesiva movilidad y la morfología pediculada de los apéndices epiploicos<sup>4</sup>.

El 75% se produce en sigma y en colon izquierdo<sup>2</sup>.

Clínicamente los pacientes presentan dolor abdominal agudo en hemiabdomen inferior, más frecuente en fosa iliaca izquierda. Se trata de un dolor intenso, brusco, continuo y a punta de dedo. Generalmente no presenta repercusión sistémica, malestar general o síndrome constitucional<sup>1,2,3</sup>.

A la palpación podemos encontrar irritación peritoneal local si existe afectación del peritoneo parietal adyacente.

Analíticamente no aporta datos. Puede encontrarse una ligera leucocitosis y elevación de los reactantes de fase aguda<sup>2,3</sup>.

Las técnicas de imagen más frecuentemente utilizadas en la patología abdominal aguda son la ecografía y la TC.

La ecografía en algunos casos muestra una masa hiperecogénica ovoide rodeada de un halo hipoecoico, no vascularizada. Este último dato nos diferencia esta entidad de la apendicitis y la diverticulitis<sup>1,3</sup>.

La TC se considera la técnica de elección, dada la alta sensibilidad y especificidad<sup>5</sup>.

Los apéndices epiploicos sanos generalmente no son evidentes por TC debido al tejido graso que les rodea, se pueden ver cuando existe líquido libre circundante o están inflamados. El apéndice epiploico inflamado se presenta como una lesión ovoidea adyacente al borde antimesentérico con una hiperdensidad anular que corresponde al peritoneo visceral inflamado rodeado del apéndice epiploico ("signo del anillo hiperdenso"), con una imagen central puntiforme o lineal hiperdensa y representa a los vasos centrales trombosados ("signo del punto central")<sup>4,7</sup>. Estos hallazgos en la TC son patognomónicos<sup>7</sup>.

El diagnóstico diferencial en adultos incluye diverticulitis, apendicitis, infarto omental, adenitis mesentérica, mesenteritis esclerosante, masa tumoral o metástasis en mesocolon<sup>1,4</sup>. La mayoría de estas entidades cursa con afectación del estado general y alteraciones analíticas.

La mayoría de los casos se diagnostica durante el procedimiento quirúrgico, ya que muchos pacientes entran a quirófano por la sospecha de proceso abdominal agudo<sup>3</sup>.

El tratamiento conservador lo propusieron por primera vez Epstein y Lempke<sup>3</sup>.

El tratamiento es ambulatorio mediante analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, que no modifican el curso evolutivo.

La intervención quirúrgica está justificada cuando existe complicación del proceso o recurrencia<sup>8</sup>.

Aunque existen autores que abogan por la resección del apéndice epiploico de entrada, para evitar las complicaciones (oclusión intestinal, abscesificación, simulación masa tumoral) y las recurrencias. Ambas son poco frecuentes en esta patología<sup>2,3</sup>.

Se trata de una entidad autolimitada de aproximadamente de 1-2 semanas<sup>3,6</sup>.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Solórzano-Morales SA, Castillo-Rodríguez SA, Laurindo-Mariano de Oliveira G, Arredondo-Villanueva JG, Ridaura-Sanz C. Apendicitis epi-ploica. Causa poco común de abdomen agudo en niños. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatría Mex.* 2016 mar;37(2):88-93.
2. Iriarte-Rodríguez Ainara, Goñi-Esarte Silvia, Zozaya-Urmeneta José Manuel, Bolado-Concejo Federico, Álvarez-Gigli María Laura. Unusual course of epiploic appendicitis. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2015 Nov [citado 2016 Mayo 24] ; 107(11): 707-708.
3. García-Marín, Andrés; Nofuentes-Riera, Carmen; Mella-Laborde, Mario; Pérez-López, Mercedes; Pérez-Bru, Susana; Rubio-Cerdido, José Ma-ría. Apendagitis epiploica, causa poco frecuente de dolor abdominal. *Cirugía y Cirujanos*, vol. 82, núm. 4, julio-agosto, 2014, pp. 389-394.
4. Pozzo-Salvatierra Byanka Lorena, Kimura-Fujikami Kenji. Apendicitis epiploica (apendagitis). *Anales de Radiología México* 2013;3:182-188.
5. Carrillo-Ramos M.J, Cordero-Ruiz P. Dolor abdominal de etiología infre-cuente. *Revista Sociedad Andaluza de Patología Digestiva*, vol.35, núm. 3.
6. Benítez Roldán A., Castro Márquez C., Pellicer Bautista F. G., Herrerías Gutiérrez J. M.. Apendagitis: una causa inusual de dolor abdominal. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2009 Jul [citado 2016 Mayo 24] ; 101( 7 ): 507-508.
7. González Vega A., García Pérez I., Álvarez Álvarez D., Rizzo Ramos A., García Muñiz J. L., Pérez Ricarte P.. Apendagitis epiploica como etiología de dolor abdominal agudo. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Mayo 24] ; 100(12 ): 800-801.
8. Gourgiotis, S., Oikonomou, C., Veloudis, G., Lardou, I., Pittaras, G., & Villias, C. (2016). The diagnostic dilemma of primary epiploic append-agitis and how to establish a diagnosis. *Oman medical journal*, 31(3), 235.